

## LOGOTIPO

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN  
DE BENEFICIARIO (S)

LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.									
No. DE PÓLIZA (S):		TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL)							
NOMBRE DEL CONTRATANTE:									
DATOS DEL ASEGURADO									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, No., Colonia):						CIUDAD:			
ESTADO:		C.P.		TELÉFONO					
RFC:		CURP:		FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:			
				DÍA   MES   AÑO					
NACIONALIDAD:		OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:							
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:									
INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:									
DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (En caso de que hubiera)									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO						TELÉFONO			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO						TELÉFONO			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO						TELÉFONO			
DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO									
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:						FECHA DEL FALLECIMIENTO		DÍA   MES   AÑO	
CAUSA DE FALLECIMIENTO:									
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:						FECHA		DÍA   MES   AÑO	
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:									
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:								NO. DE ACTA MP	
<p><b>NOTA:</b> COMO BENEFICIARIO AUTORIZO A MÉDICOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, SANA TORIOS, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO, A QUE OTORGUEN A ( NOMBRE DE LA CÍA ) TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DE ÉSTE, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES. PARA TAL EFECTO, EN ESTE CASO RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS, DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN, TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.</p>									
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA   MES   AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:			
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA   MES   AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:			
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA   MES   AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:			
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA   MES   AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:			
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			

LUGAR Y FECHA:

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_."